

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

580

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves GUILLAUD-VALLÉE

Né à Civray (Vienne), le 27 juillet 1904
Externe des Hôpitaux de Paris

L'ORIGINE ALLERGIQUE
DU PSORIASIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1933

086

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves GUILLAUD-VALLÉE

Né à Civray (Vienne), le 27 juillet 1904

Externe des Hôpitaux de Paris

L'ORIGINE ALLERGIQUE
DU PSORIASIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1933

DOYEN... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTÉGER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MES FILLES

A MA GRAND'MÈRE

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique dermatologique
à la Faculté de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse ;
nous l'en remercions bien vivement.*

A M. LE PROFESSEUR P. JAUSION

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

*Qui a daigné nous accueillir avec tant
de bienveillance dans son service, nous
inspirer et guider cette thèse ; nous tenons
à lui exprimer notre bien vive gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE POITIERS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

Avant-propos.

De toutes les dermatoses, le Psoriasis est bien celle qui a suscité le plus de travaux, tant est grande sa fréquence, rebelle son évolution et décevante sa thérapeutique. Ces travaux se sont multipliés depuis quelques années et, parmi eux, ceux de notre Maître, M. le Professeur JAUSION, ont jeté une lumière nouvelle sur la nature si obscure et si discutée de cette affection.

Pendant deux ans passés près de lui, dans son service, nous avons pu observer un grand nombre de psoriasiques et participer, grâce à son extrême bienveillance, à ses recherches.

Nous nous proposons, aujourd'hui, d'exposer le résultat de nos observations concernant l'étiologie si discutée et si incertaine de cette affection cutanée et nous nous efforcerons, au cours de ce travail, de démontrer que le psoriasis est une dermatose allergique.

Nous avons été grandement aidé dans notre étude par M. le Professeur JAUSION qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous prodiguer ses conseils et ses encouragements ; nous tenons à lui redire ici toute notre reconnaissance et notre très respectueux attachement.

PLAN GÉNÉRAL

CHAPITRE PREMIER. — Introduction.....	13
CHAPITRE II. — L'allergie dans les dermatoses.....	20
CHAPITRE III. — L'allergie dans le psoriasis.....	24
CHAPITRE IV. — Le rôle des pyocoques dans le psoriasis..	33
CHAPITRE V. — Le rôle des dermatophytes dans le psoria- sis.....	37
CHAPITRE VI. — Le rôle des corynébactériacées dans le psoriasis	44
CHAPITRE VII. — Le rôle des mycobactériacées dans le psoriasis.....	48
CHAPITRE VIII. — Conception générale du psoriasis.....	53
CHAPITRE IX. — Observations.....	59
CONCLUSIONS.....	71

L'ORIGINE ALLERGIQUE DU PSORIASIS

I

Introduction

Le Psoriasis, dans sa variété commune, est caractérisé cliniquement par des lésions érythémato-squameuses, symétriques, apparaissant électivement au niveau des régions les plus exposées aux frottements : faces d'extension, cuir chevelu, région sacrée.

Son élément constitutif est une tache rouge, à bords bien limités, recouverte de squames blanchâtres et lamelleuses. Le grattage de cet élément, auquel Brocq a donné une grande importance diagnostique, fournit deux signes caractéristiques :

La tache de bougie, les squames se réduisant en une fine poussière blanche sous l'action de la curette qui décolle une mince pellicule sous laquelle sourd

la rosée sanglante, la surface rouge ainsi mise à nu laissant apparaître un fin piqueté hémorragique.

Les taches psoriasiques sont très variables dans

leurs formes, leurs dimensions et leur nombre. En général, arrondies ou ovalaires, elles peuvent être punctiformes, de la grandeur d'une pièce de monnaie ou même former de vastes placards. C'est ainsi que l'on décrit des psoriasis punctata, nummularis, en nappes, etc.....

Ces lésions, à quelques exceptions près, ne sont jamais prurigineuses et, en aucun cas, ne s'accompagnent de signes généraux.

A côté de cette forme commune, rapidement exquissée, il nous faut signaler celles qui sont anormales par les caractères et le siège de l'éruption. Cette dernière peut être faite d'éléments érythémateux et squameux au minimum ; d'éléments anciens, modifiés par le grattage ou recouverts de squames si épaisses qu'elles forment alors une véritable carapace ; on décrit des psoriasis atténués, lichénoïdes et ostréacés.

Au niveau des plis de flexion, l'éruption est plus souvent érythémateuse que squameuse ; l'aspect peut en être parfois suintant.

Enfin nous ne ferons que citer une forme qui, à elle seule, mériterait toute une étude : le psoriasis arthropathique, nous réservant d'en reparler au cours de ce travail.

Du psoriasis vrai, nous rapprocherons les parakératoses psoriasiformes.

Brocq, en 1889, a groupé sous ce nom une série de dermatoses érythémato-squameuses « s'élevant en gamme insensible des pityriasis simplex jusqu'au

psoriasis. » M. JAUSION, dans ses travaux, a repris cette étude et montré l'étroite parenté qui les unissait.

Bien qu'il n'y ait aucune différence objective nette entre elles et la parakératose essentielle, il est classique de leur reconnaître certains signes distinctifs : l'éruption se fait souvent en nappes confluentes, plus ou moins symétriques, fréquemment prurigineuses ; à leur niveau, le grattage ne mettrait pas en évidence les signes de la tache de bougie et de la rosée sanglante décrits par Brocq. Cependant, ces différences ne sont pas formelles et nombre de parakératoses symptomatiques répondent à la curette d'une façon aussi satisfaisante qu'un psoriasis vrai.

Du point de vue histologique, les parakératoses psoriasiformes diffèrent, classiquement, du psoriasis : aux premières, reviennent les squames-croûtes, la spongiose avec monocytose, tandis que la parakératose, l'acanthose, l'allongement des papilles et la polynucléose sont l'apanage du second. Grâce aux travaux modernes, il semble bien que ces différences ne soient pas aussi absolues. Récemment, RAVAUT et CIVATTE, étudiant l'histopathologie des levurides spontanées et provoquées, notaient que les parakératoses levuriques différaient des eczématides et concluaient que « les eczématides et les levurides à polynucléaires ont, du chef de leur polynucléose, un trait de ressemblance avec le psoriasis. »

Ce ne sont pas là les seuls tests qui rapprochent la parakératose psoriasiforme du psoriasis ; plus important est le fait que l'une et l'autre répondent aux mêmes investigations antigéniques et sont favorablement influencées par la même thérapeutique ; nous reviendrons bientôt sur ce point.

Le psoriasis qui, d'après DARIER, constituerait de 3 à 5 % des cas de la pratique dermatologique, se rencontre dans les deux sexes, mais le plus souvent chez l'homme ; dans la plupart des cas, il apparaît aux environs de la puberté ou dans l'adolescence. Il n'est pas contagieux, mais semble héréditaire et familial : notoire est sa prédilection pour la race juive ; et il n'est pas rare de le retrouver chez les proches d'un malade, atteignant soit des collatéraux, soit des ascendants.

De très nombreuses théories étiologiques ont été proposées ; parmi celles-ci, *la théorie externe ou parasitaire* paraît, à première vue, la plus satisfaisante. L'éruption psoriasique est faite, en effet, d'éléments nettement limités ; l'affection paraît auto-inoculable, puisque toute éraillure, toute irritation du derme (grattage, ventouses), sont à l'origine de nouvelles taches (signe de Koebner). Cependant l'inoculation n'est qu'apparente, puisque à l'unique exception de DESTOR qui l'aurait pratiquée sur lui-même avec succès, elle n'a jamais pu être réalisée depuis sur un sujet sain. L'examen direct des squames les a toujours montrées très pauvres en microbes, souvent même amicrobiennes.

A ce sujet, nous ne citerons que pour mémoire les travaux de LANG qui, en 1878, aurait découvert un épidermophyton, revu par EKLUND en 1883 et appelé : Epidermophyton Repens; il n'a jamais été retrouvé par la suite.

Plus récemment, en septembre 1924, ROMERO (Raphaël) de Mérida (Mexique) a présenté au Congrès Homéopathique de Barcelone une étude microscopique et clinique sur « Mal de Pinto et Psoriasis ». Il dit avoir trouvé dans la squame psoriasique de très petits corps en forme de zoospermes, de véritables spores et des filaments mycéliens. C'est pourquoi il conclut à l'origine mycosique du psoriasis, tout aussi démontrée à son avis que celle du Mal de Pinto blanc du Yucatan (Caraté blanc de l'Amérique du Sud). Il n'établit, d'ailleurs, entre les deux affections qu'un banal rapprochement.

En dépit de microphotographies qui l'accompagnent, ce travail est loin d'être parfaitement concluant et demeure encore isolé.

L'absence de microbes dans les lésions psoriasiques est la règle et cela rend indéfendable la thèse de l'origine directement parasitaire du psoriasis.

Une théorie nerveuse se base sur la symétrie de l'éruption, la coexistence des complications arthropathiques. Ce fait traduit, à n'en pas douter, l'origine interne de la maladie et prouve que la réaction cutanée est pour une part tributaire de l'entremise nerveuse ou neuro-végétative.

La théorie dyscrasique ou humorale, la première

en date, est toujours en faveur. On a pu accuser une alimentation trop carnée, des infections intestinales (DANYSZ) ; la syphilis et la tuberculose ont été suspectées d'intervenir indirectement en modifiant le terrain organique ; elles agiraient par l'intermédiaire des glandes endocrines dont la sécrétion serait troublée par excès ou défaut.

En ce qui concerne la syphilis, les succès thérapeutiques obtenus dans le psoriasis avec les médications anti-syphilitiques sont venus confirmer, pour de nombreux auteurs français et étrangers, la justesse de cette hypothèse étiologique. Nous citerons le salicylarsinate de mercure ou Enésol préconisé par SABOURAUD et le composé arsenical préparé par JAUSION, « l'émétique arsénopyridinique », associé en cure intraveineuse à un bismuth soluble qui ont donné et donnent encore des résultats très satisfaisants dans la cure du psoriasis.

Il ne faudrait pas conclure de ces faits que le psoriasis est d'origine syphilitique ; comme le faisait remarquer M. JAUSION à la Société de Dermatologie, en février 1928, « il est logique de penser à l'hérédoinfection agissant par l'entremise tropho-névrotique et probablement endocrino-végétative ». Il pense, actuellement, que la syphilis n'intervient que pour créer par hérédoinfection, peut-être très lointaine, la constitution sympathicotonique dont nous nous réservons de parler plus amplement dans un autre chapitre, constitution dermopathique ensuite directement héritable.

Symétriquement, les Allemands admettent l'hérédité tuberculeuse comme étant à la base de la « Vagotonia » d'EPPINGER et HESS.

Une dernière théorie étiologique a vu le jour depuis quelques années ; elle tend à démontrer que le psoriasis, tout comme les parakératoses psoriasiformes, n'est qu'une affection seconde, constituée d'allergides, de réponses tégumentaires à la substance d'un germe antérieurement infectant.

Cette nouvelle conception fait l'objet de notre travail, nous allons l'exposer.

II

Allergie dans les Dermatoses

C'est en 1907 que VON PIRQUET découvrit l'allergie tuberculeuse, traduisant la sensibilisation de l'organisme à l'antigène bacillaire. Cette notion nouvelle s'est étendue peu à peu ; elle est actuellement synonyme de toute transformation organique secondaire à une infection, quelque soit le germe causal.

L'allergie peut donc être définie comme « la modification, dans la capacité de réagir, que crée dans l'organisme le passage de l'infection » (V. DE LAVERGNE). Cette modification est mise en évidence par la cuti ou l'intradermo-réaction dont la positivité traduit « l'extériorisation, non pas du pouvoir pathogène direct de l'antigène (qui en est souvent dépourvu), mais de la sensibilité anormale de l'organisme » (V. DE LAVERGNE).

On ne confondra pas ces réactions dites d'hyper-sensibilité avec les réactions toxiniennes, type Schick, tests cutanés d'immunité.

L'intradermo-réaction permet de prouver : d'une part, « l'existence d'une sensibilisation de l'orga-

nisme vis-à-vis de certains germes pathogènes », d'autre part, « l'origine microbienne de certaines affections d'étiologie inconnue ou discutée » (TOUZARD).

On voit ici l'importance de la réaction allergique qui permet le diagnostic étiologique de lésions le plus souvent stériles, mais qui témoignent d'une atteinte antérieure de la peau ou d'un organe profond par un agent pathogène.

L'allergie secondaire à l'infection pyococcique fut démontrée par GUGEROT en 1916 dans son ouvrage sur les dermo-épidermites de guerre. Le premier, il mettait en évidence, par des intradermo-réactions pratiquées avec du pus ou de la sérosité, la sensibilisation des malades infectés pour les toxines des germes en cause. JAUSION et VENDEL ont montré, dans les Staphylococcies en général, la positivité de l'intradermo-réaction aux lysats du germe ; HUDELO, CHÈNE et SIGWALD ont étendu le domaine de ces investigations aux Streptococcies. De nos jours, ce fait est d'observation banale : tout malade atteint de furoncles, d'impetigo streptococcique répond positivement à l'injection intra-dermique d'un antigène approprié.

Mais cette nouvelle notion ouvrit le champ à de nombreuses recherches qui permirent de déceler l'origine microbienne de certaines dermatoses.

En 1927, PÉRIN montra la nature streptococcique du Pityriasis rosé de GIBERT ; en 1928, JAUSION, LENÈGRE et VENDEL purent assimiler les eczémas

microbiens à l'eczéma willanique vrai. Ainsi était prouvé que les microbes ne font pas qu'altérer le tégument auquel ils s'attaquent ; l'infection à siège cutané qu'ils déterminent impressionne l'organisme tout entier et bientôt lui confère l'aptitude de réagir d'autre façon qu'au début à l'attaque de ces mêmes agents pathogènes. Par opposition aux lésions « directes » ou lésions premières où le microbe est présent et facilement décelable par l'examen microscopique ou la culture, ces lésions secondes sont appelées « indirectes ». Elles ont pour caractéristiques essentielles de pouvoir survenir à distance de la lésion primitive et d'être stériles.

Cette notion, nouvelle en ce qui concerne les infections pyococciques, était déjà connue pour les épidermomycoses. Dès 1902, PLATO et NEISSER préparaient une trichophytine issue de cultures de *Trichophyton* et obtenaient, chez les mycosiques, par injection sous-cutanée, une réaction analogue à celle produite par la tuberculine chez les tuberculeux. Ces travaux furent poursuivis par TRUFFI l'année suivante et par BRUNO BLOCH qui, en 1909, donna à la méthode son plein épanouissement. Ces auteurs montraient que les épidermomycoses ne se comportent pas comme une maladie locale, mais suscitent une sensibilisation spéciale de l'organisme ; elles déterminent un véritable état d'allergie à peu près définitive. Cet état allergique se traduit par des lésions secondaires parakératosiques où l'on ne retrouve jamais le parasite du foyer primaire.

En 1924, Brocq formulait l'hypothèse suivante :
les parakératoses ne sont pas des affections microbiennes mais toxiques dont le point de départ pourrait être une infection parasitaire locale, véritable chancre d'inoculation ». Il faisait remarquer, du reste, que ces lésions parakératosiques s'accompagnent fréquemment de lésions des plis. L'on sait aussi, depuis les travaux de SABOURAUD et NICOLAU, HUDELO et MONTLAUR, GOUGEROT et GANCEA, PETGES, DUBREUILH et JOULIA que l'on peut trouver au niveau de ces intertrigos des champignons et des levures. En 1929, RAVAUT et ses élèves BASCH et RABEAU ont fait la synthèse de ces différentes notions et confirmé l'hypothèse de Brocq. Par l'intradermo-réaction trichophytique et levurique ils ont donné la preuve de l'origine mycosique de certaines parakératoses psoriasiformes et proposé le terme de levurides pour les lésions cutanées secondaires aux intertrigos à levure.

III

Allergie dans le Psoriasis.

La connaissance de la notion d'allergie dans les affections cutanées a permis, nous venons de le montrer, non seulement d'étudier les modifications profondes qui surviennent dans un organisme préalablement infecté, mais encore de fixer une étiologie précise à de nombreuses affections dermatologiques. A ce point de vue, nous disions que les travaux de RAVAUT et de ses élèves étaient venus vérifier l'hypothèse de BROCC en prouvant l'origine allergique des parakératoses levuriques et mycosiques. Si tant de dermatoses, parmi lesquelles certaines parakératoses, dont la nature a toujours été si discutée et la classification longtemps incertaine, relèvent du domaine de l'allergie, on peut se demander si le psoriasis, si voisin des parakératoses psoriasiformes, n'est pas, lui aussi, une réaction seconde.

Cette question, très à l'ordre du jour, a suscité de nombreux travaux depuis plusieurs années ; les noms de SAMBERGER et de BIZZAZERO, à l'étranger, et de JAUSION, en France, y sont attachés.

Pour SAMBERGER, le substratum du psoriasis doit être recherché dans un dysfonctionnement des cellules épidermiques ; celles-ci, destinées à la fonction de kératinisation, présentent, dans le psoriasis, une vitalité amoindrie et c'est pourquoi elles ne réagissent pas aux irritations exogènes ou endogènes comme les cellules d'une peau normale. C'est ce que l'auteur appelle : la « diathèse parakératosique ».

A cette diminution de vitalité cellulaire s'ajoutent des troubles de la fonction pigmentaire, vérifiés par l'expérience clinique, certains psoriasiques présentant de la leucodermie. Mais celle-ci est loin d'être constante, bien que Van KERCKHOFF écrive que « l'absence de pigment est la propriété essentielle de la papule psoriasique ». Si les troubles de la fonction pigmentaire ne sont pas constants, la diminution de la vitalité cellulaire est la règle ; elle s'accompagne aussi d'une diminution de la cohérence des cellules et de la vitalité des capillaires sanguins. La syphilis, la tuberculose, des troubles endocriniens peuvent fort bien être à la base de cette altération de la fonction cellulaire du revêtement cutané.

Pour SAMBERGER, cette diminution de la vitalité des cellules est congénitale, et c'est là, à son avis, la véritable cause du psoriasis, car, sans elle, un sujet ne peut être atteint de cette dermatose. Evidemment, le trouble de la fonction cellulaire présente différents degrés, l'importance des lésions cutanées y étant intimement liée.

Mais pour que cette peau, prédisposée, fasse de la parakératose, il faut qu'elle subisse une irritation, irritation pouvant être très variable : physique, chimique ou microbienne. Pour SAMBERGER, cette dernière serait la plus fréquente, car la fonction antimicrobienne de la peau est diminuée ; pour lui, du reste, le psoriasis serait presque toujours d'origine microbienne et il croit que les staphylocoques interviennent dans la plupart des cas ; mais cela ne veut pas dire que d'autres microbes ne puissent jouer un rôle. A ce sujet, il cite, dans un de ses travaux, l'observation d'une malade atteinte de lésions trichophytiques de la face interne des cuisses qui fit quelque temps après un psoriasis des plus typiques.

Pour lui, il n'y a pas de microbes spécifiques du psoriasis, mais une propriété spécifique de la peau à répondre par de la parakératose à toute irritation. C'est pourquoi l'auteur pense que pour lutter contre le psoriasis une thérapeutique locale est insuffisante ; il faut chercher à augmenter la vitalité des cellules épidermiques ; l'arsenic lui apparaît comme la meilleure médication pour atteindre ce but.

En Italie, BIZZOZERO a consacré de nombreux travaux à l'étude du phénomène de Koebner (psoriasis factice) ; on sait que chez un psoriasique toute irritation de la peau donne naissance à une lésion érythémato-squameuse absolument typique. Ce fait est d'observation courante ; mais l'auteur s'est aperçu, grâce aux données fournies par l'expéri-

mentation, que pour qu'une lésion de psoriasis factice se produise il faut que l'excitation, qu'elle soit mécanique, chimique ou physique, agisse sur la couche papillaire. Si, au contraire, elle se manifeste seulement sur les couches sous-jacentes au derme, l'effet est ordinairement nul. Cette constatation serait pour lui, du reste, un argument en faveur de l'origine parasitaire du psoriasis.

En poursuivant ses expériences, il a constaté que les taches pigmentées, résidus des lésions psoriasiques, sont souvent plus ou moins réfractaires au phénomène de Koebner ; il se produirait donc, à ce niveau, une véritable immunité locale que l'on retrouve aussi, quoique à un degré moindre, au niveau de l'ourlet pseudo-atrophique. Pour compléter ces données expérimentales, il a injecté dans la zone renfermée dans le cercle psoriasique, de vieilles cultures de staphylocoques, du vaccin staphylococcique, des extraits de peau psoriasique, de la tuberculine et de la chrysarobine ; il a ainsi pu constater que « les zones de résolution des plaques
« psoriasiques sont habituellement le siège, non pas
« seulement d'une hypo-anergie vis-à-vis du phénomène de Koebner, mais encore d'une hypo-anergie
« vis-à-vis des différents excitants, qu'ils soient de
« nature physique, antigénique, bactérienne ou chimique ».

EPSTEIN et GRUNMANDEL ont obtenu les mêmes résultats dans leurs expériences sur la trichophytie superficielle ; pratiquant des super-réinfections avec

des cultures de *Trichophyton* et d'*Achorion* au niveau des plaques trichophytiques et de la peau normale, ils ont pu constater que la réinfection épargne non seulement la plaque guérie ou en voie de guérison mais encore une zone large de 2 à 20 millimètres qui l'entoure.

BIZZOZERO conclut donc que le phénomène de Koebner qui se produit 8 à 18 jours après un trauma, quelquefois un mois après, doit être « considéré, non comme une expression particulière d'une « disposition plus grande ou plus faible à l'inflam-
« mation, mais du point de vue pathogénétique,
« comme un phénomène propre qui peut se super-
« poser à l'inflammation provoquée par le trauma,
« mais aussi bien en être séparé par une période de
« latence plus ou moins longue. On peut le consi-
« dérer comme une réaction allergique à l'égard
« d'un agent X qui pourrait même être un germe ».

Pour ces deux auteurs, dont nous venons d'analyser les travaux, il faut, pour que le psoriasis apparaisse chez un sujet, qu'il y ait lésion de la peau et qu'une irritation d'un ordre quelconque vienne s'y surajouter,

Si ces deux théories s'homologuent par certains points, elles diffèrent nettement en ce qui concerne la lésion cutanée. Pour BIZZOZERO, il faut que l'agent extérieur, quelle que soit sa nature, traumatise la région papillaire du derme ; pour SAMBERGER, l'altération cutanée est innée et familiale ou acquise par l'effet d'infections ou de troubles divers et cela

seulement permet à la peau de répondre par de la parakératose à l'attaque d'un antigène.

L'origine allergique du psoriasis, telle que la conçoit M. JAUSION, se rapproche beaucoup plus de cette dernière théorie que de la première. Depuis déjà plusieurs années qu'il s'est attaché à étudier cette question à laquelle il a consacré de nombreux travaux, il a été frappé, dès le début, par l'extraordinaire fréquence avec laquelle on trouvait des lésions mycosiques chez les malades atteints de psoriasis ; ces lésions, affectant les plis de flexion : inguinal, axillaire, ou les régions déprimées, telles que l'ombilic, se présentaient tantôt à l'état d'activité, tantôt à l'état de vestiges pigmentaires. Vue l'étroite parenté qui unit le psoriasis aux parakératoses psoriasiformes et la nature allergique de certaines d'entre elles, il a pensé qu'il ne devait pas y avoir dans ces faits qu'une simple coïncidence et il a suspecté le psoriasis d'être secondaire à ces infections mycosiques et de n'être, par conséquent, qu'une réaction de la peau vis-à-vis des toxines mycéliennes.

C'est alors que M. JAUSION s'est efforcé de justifier ces prémisses par les deux tests que sont *l'intra-dermo-réaction* et la *vaccinothérapie*, tests dont il se servait déjà dans les dermatoses pyococciques. Suivant une technique que nous exposerons dans l'un des chapitres suivants, il a préparé une filtrat-toxine et un vaccin à partir des cultures des germes trouvés au niveau des lésions mycosiques ou intertrigi-

neuses que présentaient les psoriasiques. L'antigène injecté dans le derme à la dose de 2/10 de centimètre cube, a provoqué des intradermo-réactions positives chez les malades parasités, rendant ainsi compte de l'état allergique du sujet. Chez les malades non mycosiques les intradermo-réactions sont demeurées parfaitement négatives.

Le test thérapeutique est venu confirmer les résultats de l'enquête antigénique. Les malades répondant positivement à l'antigène, traités par des injections de vaccin mycosique, ont vu leurs lésions psoriasiques disparaître. C'était la meilleure preuve que le psoriasis, chez ces patients, était une affection seconde puisqu'il suffisait, pour la voir disparaître, de traiter la lésion première. Evidemment, comme il est habituel en pareil cas, ces lésions secondes se montraient stériles.

Grâce à ces résultats très encourageants, JAUSION décida d'éprouver, par l'intradermo-réaction, tous les psoriasiques qui se présentaient à sa consultation ; cela lui permit de constater, même chez ceux qui ne présentaient pas d'autres lésions en dehors de leur parakératose essentielle, que les malades, dans un très grand nombre de cas, se comportaient comme d'anciens mycosiques. Il put ainsi affirmer qu'il considérait le psoriasis comme étant le plus souvent *une mycoside* et obtenir de très beaux résultats par une vaccinothérapie spécifique.

Les succès thérapeutiques venant affirmer le bien-fondé de la conception allergique du psoriasis,

M. JAUSION a voulu parfaire sa méthode d'investigation. Pour cela, il a substitué à l'antigène polyvalent qu'il utilisait pour les intradermo-réactions des toxines pures et monovalentes. Il a pu ainsi se rendre compte que *l'Epidermophyton* et *l'Achorion* n'étaient pas les seuls germes en cause dans le psoriasis ; d'autres, tels que le *Trichophyton* et le *Microsporon*, peuvent être incriminés. Enfin, pressentant que d'autres infections cutanées, autres que celles à champignons, pouvaient être suivies « secondairement » de l'apparition d'un psoriasis, il écrivait l'année dernière : « Nous ne dirons pas que le psoriasis est toujours une épidermophytide, ou une microsporide, ni même une mycoside, car d'autres antigènes microbiens peuvent et doivent intervenir ».

Les événements sont venus confirmer cette hypothèse ; par le jeu des intradermo-réactions monovalentes, il a pu se rendre compte que les nombreux germes qui attaquent le revêtement cutané sont capables de faire éclore un psoriasis par les réactions allergiques qu'ils déterminent. C'est ainsi qu'il a pu incriminer *les pyocoques*, *les corynébactériacées* et *les mycobactériacées* de jouer un rôle dans l'étiologie du psoriasis.

Ainsi le psoriasis apparaît comme *une allergide*, lésion secondaire à une infection cutanée antérieure.

Il n'est pas utile, comme le veulent les théories précédentes, que le germe causal lèse le revêtement

épidermique pour provoquer une papule psoriasique. Par la lésion première qu'il détermine, il sensibilise l'organisme qui, ainsi modifié, répondra, par la suite, d'une toute autre façon qu'au début à une nouvelle attaque de ce même germe ; dans le cas présent la réponse sera parakératosique.

Il n'est pas douteux que toutes les peaux ne réagissent pas de la même façon à un même antigène ; certains sujets répondent par de la parakératose, d'autres par de l'eczéma. Il faut donc penser, avec M. JAUSION, qu'il y a des constitutions dermatiques multiples dont les deux pôles sont caractérisés par l'eczéma, apanage des vago-séborrhéiques et le psoriasis, apanage des sympathico-peladiques.

Ainsi dans le psoriasis faut-il envisager non seulement *l'antigène* mais encore *le terrain*.

IV

Le rôle des Pyocoques dans le Psoriasis.

Dans un chapitre précédent, nous avons montré que les pyocoques en lésant un point quelconque du revêtement cutané faisaient apparaître secondairement dans l'organisme un état d'allergie et que le tégument pouvait répondre, par la suite, à l'attaque de ces mêmes agents pathogènes d'une toute autre façon que la première fois.

Ces dermatoses secondaires, procédant d'une sensibilisation aux déchets des staphylocoques, comme l'ont montré JAUSION, LENÈGRE et VENDEL, ou des streptocoques, sont connues et nettement rattachées à l'infection première quand elles se manifestent par des lésions « humides ». Ce sont les eczématides de DARIER, les morococcides, staphylococcides, streptococcides eczématiformes de SABOURAUD. Nous citerons comme exemple : l'eczéma paratraumatique de DARIER qui résulte de l'allergie staphylococcique ; les streptococcides eczématiformes de SABOURAUD qui accompagnent les impetigos de la face, les inter-

trigos rétro-auriculaires. Si l'on poursuit la recherche de l'action des pyocoques dans la gamme des dermatoses qui s'étagent du « catarrhe humide » au « catarrhe sec », on trouve *le streptocoque plus fréquemment en cause que le staphylocoque*. C'est ainsi qu'il peut être tenu pour responsable, dans la majorité des cas, dans les parakératoses pityriasi-formes, le pityriasis versicolor mis à part puisque d'origine mycosique ; on le trouve, mais plus rarement, à l'origine des parakératoses psoriasiformes. Il était logique de se demander, et M. JAUSION le fit, si les pyocoques ne seraient pas responsables de certains cas de psoriasis, terme ultime des affections parakératosiques. L'observation clinique permit de vérifier cette hypothèse et plusieurs communications vinrent la confirmer.

En 1930, PERIN et VRETTAKIS présentaient, à la Société de Dermatologie, un cas de psoriasis apparu à la suite d'une dermite strepto-staphylococcique qu'ils avaient observée et au niveau de laquelle ils avaient aisément mis en évidence les germes pathogènes. Au moment où survint le psoriasis, lésion seconde, l'intradermo-réaction strepto-staphylococcique se montra positive, mais vaine fut la recherche des pyocoques dans les squames. Ce même malade fut présenté, un mois après, guéri par trois injections de vaccin.

La même année, LÉON HUET, de Cannes, présentait un malade atteint d'un psoriasis secondaire à une furonculose, apparu, point pour point, au niveau

des lésions staphylococciques et généralisé, par la suite, à tout le tégument.

En juin 1930, MILIAN, PÉRIN et MASSOT relataient l'observation d'un psoriasis consécutif à un intertrigo rétro-auriculaire streptococcique avec intradermo-réaction positive.

Nous pûmes observer ces faits à maintes reprises : psoriasis apparus à la suite d'une furonculose, d'une angine streptococcique, l'origine pyococcique de la dermatose étant vérifiée par les tests biologiques et les succès des cures vaccinales instaurées.

Ces différents faits cliniques, établissant l'influence certaine des pyocoques dans le psoriasis, ont incité M. JAUSION à chercher systématiquement leur rôle chez les malades atteints de psoriasis par la mise en évidence de leurs manifestations premières dans les anamnestiques et par une enquête antigénique détaillée. Cette dernière permit d'obtenir, dans certains cas, comme nous le consignerons au chapitre des observations, la reproduction de la lésion même au niveau de l'intradermo-réaction : *Effet irritatif isomorphe* exigé par M. RAVAUT pour affirmer la positivité des réactions allergiques des levurides.

D'après nos recherches, nous pouvons conclure que si le rôle des pyocoques est certain dans l'étiologie du psoriasis, ceux-ci n'interviennent que rarement et qu'ils ne peuvent être incriminés que dans 2 à 3 % des cas.

A ce propos, SAMBERGER avait admis, arbitrairement d'ailleurs, que les psoriasiques n'avaient

jamais de furoncles et qu'ils les réalisaient sans doute sous forme de placards parakératosiques. La myco-vaccinothérapie a prouvé le contraire en exaltant les possibilités du staphylocoque chez divers psoriasiques.

Le rôle des Dermatophytes dans le Psoriasis.

Bien plus important et beaucoup plus fréquent est le rôle des Dermatophytes.

En observant les psoriasiques qui se présentaient à nous, nous avons été frappé par certains faits cliniques : des malades sont atteints, en plus de leur dermatose sèche, *d'intertrigos*, en évolution, des plis de flexion : inguinal, axillaire, ou de régions déprimées telles que l'ombilic ; chez d'autres on relève des *vestiges pigmentaires assez diffus d'un intertrigo épidermophytique ou érythrasmique*, parfois depuis longtemps éteint et le plus souvent oublié ; d'autres enfin, plus observateurs, affirment avoir vu apparaître leur psoriasis quelques mois après une poussée *d'épidermophytie inguinale*.

Ces faits nous paraissent trop fréquents pour être tenus pour négligeables ; aussi, depuis deux ans, est-ce systématiquement que nous recherchons, chez nos malades, les lésions ou les vestiges d'une atteinte mycosique des plis. Il y a quelques mois,

nous pouvions apporter avec M. JAUSION à la Société Médicale des Hôpitaux la statistique suivante :

Sur 54 psoriasiques vrais observés : 37, soit 68 %, étaient simultanément porteurs d'épidermophytie inguinale, d'intertrigo mycosique ou d'autre mycose.

Ce pourcentage considérable nous a permis de penser que les Dermatophytes devaient jouer un rôle important dans l'étiologie du psoriasis, rôle du reste reconnu pour certaines parakératoses psoriasiformes. Si, comme l'affirme SABOURAUD, certains psoriasis, s'accompagnant de foyers intertrigineux en évolution, doivent être étiquetés : intertrigos psoriasiques, il n'en va pas de même de ceux qui apparaissent plusieurs mois après une lésion mycosique des plis. Il semble, dans ces cas, que la parakératose essentielle soit *une réaction seconde*, réaction de la peau vis-à-vis des toxines mycéliennes. Pour vérifier cette conception nous avons fait une enquête biologique chez tous nos malades.

Déjà, en janvier 1932, JAUSION avec SOLEIL, PECKER, PAGES et GERVAIS présentait, à la Société de Dermatologie, 15 malades ayant tous répondu positivement à l'intradermo-réaction tricho-épidermophytique. La toxine employée était obtenue en mélangeant, en proportions convenables, les filtrats-toxines issues « du passage sur Chardin des eaux miellées ayant permis la culture d'Hyphomycètes très divers ». Nous avons voulu, avec M. JAUSION, obtenir des résultats plus précis ; aussi ce dernier

a-t-il substitué à la Trichophytine Standard des toxines séparées obtenues à partir de chacun des germes les plus fréquemment en cause. Sur les 54 malades que nous avons présentés à la Société Médicale des Hôpitaux environ un an après (décembre 1932) :

44, soit environ 80 % ont réagi très positivement à l'intradermo-réaction mycotoxinienne,

28, à la trichophytine standard,

2, à la trichophytine pure.

10, à l'épidermophytine,

3, à la microsporine,

l'un d'eux n'a répondu qu'à la toxine streptococcique.

Depuis cette communication, les nouveaux malades que nous avons étudiés sont venus confirmer ces résultats.

Nous considérons comme intradermo-réaction positive toute érythémato-papule persistant plus de quarante-huit heures après inoculation intradermique de 2/10 de centimètre cube de la filtratoxine. Certains malades, ils sont peu nombreux (15 %), présentent à la suite de l'intradermo réaction *un effet irritatif isomorphe* très caractéristique.

Le rôle des Dermatophytes, démontré par les épreuves biologiques, du reste parfaitement négatives chez les sujets non mycosiques, est encore confirmé par les heureux effets de la cure vaccinale à laquelle nous soumettons nos psoriasiques.

A l'époque (janvier 1932) où M. JAUSSON exposait

à la Société de Dermatologie les résultats de ses recherches sur l'intradermo-réaction tricho-épidermophytique chez les psoriasiques, il pouvait présenter 8 malades blanchis par la vaccinothérapie, dont 2 avaient bénéficié du complexe bismutho-arséno-pyridinique (Psothanol). Le vaccin employé était alors *une clasine polymycosique* obtenue par le traitement de cultures de divers hyphomycètes par l'acide sulfurique et le carbonate de chaux. Quelques mois plus tard, comme nous l'avons indiqué plus haut, nous nous sommes servi de toxines monovalentes pour rechercher à quel germe nos malades étaient sensibilisés ; obtenant ainsi des réactions, non plus de groupe, mais d'espèce, nous avons pu injecter à nos psoriasiques un vaccin monovalent dont l'efficacité s'est montrée beaucoup plus grande. Les heureux effets de la cure vaccinale sont toujours venus confirmer les données étiologiques fournies par l'intradermo-réaction. Ceux de nos malades qui ne répondent pas aux toxines mycosiques, mais qui présentent, par exemple, une intradermo-réaction positive à la toxine streptococcique ne sont améliorés que par les injections de clasine streptococcique ; chez eux la vaccinothérapie mycosique reste sans effets.

Ainsi, grâce aux renseignements fournis par ces deux tests que sont l'intradermo-réaction et la cure vaccinale qui, du reste, se complètent l'un et l'autre, nous pouvons conclure que le psoriasis est, dans la majorité des cas, secondaire à une lésion de la

peau par les Dermatophytes, par conséquent *une mycoside*, relevant de l'allergie créée par la substance de mycéliums très divers.

Filtrat-toxine et clasines.

Au cours de ce chapitre nous avons parlé très brièvement des toxines employées pour les intradermo-réactions et du vaccin dont nous nous servons pour traiter nos malades ; nous voudrions en expliquer sommairement le mode de préparation.

Les germes sont ensemencés sur milieu liquide au miel, soit en ballons, soit en fioles de Roux ; après quarante-cinq jours d'armoire obscure à la température du laboratoire, les cultures revêtent un aspect caractéristique et définitif. Un simple passage sur Chardin permet d'obtenir un filtrat limpide qui, additionné de phénosalyl, à raison d'une goutte pour deux centimètres cubes, fournit la filtrat-toxine que nous employons à la dose de 2/10 de centimètre cube pour les intradermo-réactions.

Les éléments mycéliens qui restent sur le filtre, après une demi-heure, sont recueillis, placés dans un ballon dans lequel on ajoute avec de grands ménagements, pour une quantité déterminée, une fois et demi son poids d'acide sulfurique ordinaire. Après une demi-heure de contact à froid, le mélange est porté pendant une heure à l'ébullition d'un bain-marie, puis on le laisse reposer vingt-quatre heures. Après quoi on neutralise au moyen de car-

bonate de chaux pulvérulent, en ayant soin d'opérer dans un grand cristallisoire en raison du dégagement important de gaz carbonique. Pour juger de la neutralité du mélange, il est suffisant de se servir d'un papier de tournesol comme indicateur. Pour éviter que le sulfate de chaux ainsi formé se prenne en masse il faut ajouter, au cours de la neutralisation, une certaine quantité d'eau et faire un brassage énergique. On obtient ainsi une boue sulfatée calcaïque que l'on presse dans un linge fin stérile. Le liquide exprimé est clarifié par plusieurs filtrations sur papier Joseph et, après nouvelle vérification de sa neutralité, on ajoute une goutte de phénosalyl pour deux centimètres cubes.

Le vaccin ainsi obtenu par dislocation brutale des éléments mycéliens, d'où son nom de *Claso-vaccin* ou *Clasine*, est injecté par voie hypodermique ou intramusculaire au rythme de 2 ou 3 injections par semaine, à des doses progressivement croissantes allant de 1/2 centimètre cube à 5 centimètres cubes.

Nous tenons à faire remarquer que les résultats satisfaisants obtenus par les injections de clasine n'ont rien de commun avec ceux que réalisent les médications shockantes. Le produit que nous employons ne contient aucune trace d'albumine; il peut être chauffé impunément sans qu'apparaisse le moindre trouble; enfin, les malades traités ne présentent jamais de réaction thermique dans les heures qui suivent la piqûre.

Nous devons signaler la récente communication

faite à la Société de Biologie par MM. JAUSION et DUFESTEL : ces auteurs ont essayé d'obtenir un vaccin plus actif en s'adressant, pour lyser les germes, non plus à l'action de l'acide sulfurique mais aux deux digestions pancréatinique et diastasique. Ils ont utilisé la pancréatine et la diastase de l'orge germée du Codex et ont soumis des souches d'*Epidermophyton floccosum* et d'*Achorion Schönleini* à l'action de ces deux ferments. L'activité du lysat pancréatinique s'est montrée nettement supérieure à celle du lysat diastasique dont l'efficacité paraît n'être pourtant pas négligeable. Bien que jeune, cette thérapeutique autorise les plus grands espoirs.

VI

Le rôle des Corynébactériacées dans le Psoriasis.

La notion d'une constitution sporiasique, diathèse parakératosique de SAMBERGER, ou constitution sympathico-peladique de JAUSION, devait nous inciter à rechercher si ces téguments spécifiquement prédisposés ne réagissaient justement pas à des groupes microbiologiques assez voisins, dont les composants chimiques eussent en quelque sorte représenté leurs antigènes de choix.

M. JAUSION a pensé qu'en raison de sa fréquence, le Bacille diphtérimorphe de la peau pouvait n'être pas étranger à la genèse de quelques-uns des cas de parakératose, dite essentielle, qui répondaient mal à la mycovaccino-thérapie.

On sait qu' « au genre *Corynebacterium* appar-
« tiennent entre autres espèces le *B. diphtérique*,
« le *B. d'Hoffmann*, le *B. de la Xérose conjontivale*,
« le *B. de la morve*, le *B. fusiforme*, et surtout le
« *Corynebacterium cutis*, très commun sur toutes
« les peaux. A ce dernier germe, pour le moins, il

« fallait prévoir une quelconque responsabilité dans
« la genèse des réactions cutanées. Nos derniers
« essais sembleraient la confirmer.

« Nous insistons sur la vraisemblance de ces résul-
« tats. *Corynébactériacés*, *Mycobactériacés* (B. de Koch
« et de la Lèpre), *Actinomycètes*, représentent des fa-
« milles botaniques très voisines, comme l'établissent
« les flores de PFEIFFER et KOLLE et de LEHMANN et
« NEUMANN surtout. Quiconque s'étonnerait de les
« voir susciter chez les sujets à diathèse parakéra-
« tosiqne des réactions de même ordre voudrait par
« là méconnaître l'existence de lois générales en
« biologie. La cellule géante n'est-elle pas identi-
« quement engendrée par les mycoses, la tuberculose
« et la syphilis même ?

« Il se peut d'ailleurs qu'il y ait des sensibilisa-
« tions intriquées et simultanées à des toxines
« diverses comme l'a évoqué M. RAVAUT.

« Mais il est à remarquer que, comme les cham-
« pignons parasites, les corynébactériacées résistent
« fortement à la lyse, par la trypsine pyocyannique
« par exemple, et que, seul, le traitement par l'acide
« sulfurique en vient suffisamment à bout pour en
« obtenir des vaccins efficaces comme le sont les
« *clasines* correspondantes. Les albumines de ces
« germes (champignons, diphtérimorphes, myco-
« bactériacées peut-être), les plus difficiles à désin-
« tégrer, représentent les antigènes électifs des
« grands parakératosiques » (JAUSION).

Pour confirmer ses prévisions M. JAUSION a con-

fectionné avec 5 souches de *Corynebacterium cutis*, avec 2 souches de *Corynebacterium Hoffmanni*, et 3 de *Corynebacterium Diphtheriae* (B. de Löffler), une *Clasine de diphtérimorphes*, du type de la *Clasine diphtérique* qu'il avait précédemment décrite (Soc. de Biologie, 28 févr. 1931, t. CVI, p. 647).

En outre il a utilisé pour l'obtention d'un extrait antigénique propre à l'intra-dermo-réaction, des cultures correspondantes en bouillon, vieilles et lysées pendant deux mois à l'étuve, puis filtrées sur Chardin après addition de plâtre et de charbon stérile, enfin débarrassées par une chauffe ménagée de leurs dernières albumines.

Il a pu se convaincre que l'intradermo-réaction fournissait, dans ces conditions, des résultats différents de ceux donnés par la *réaction de Schick* (réaction d'immunité, positive chez les sujets n'ayant jamais eu d'atteinte diphtérique), et des indications fournies, au cours de l'épreuve de Schick, par le phénomène de la *pseudo-réaction* (fait en relation directe avec la présence des protéines microbiennes). La lysat-filtrat-toxine, endo et exo-corynébactérienne, désalbuminée, et de confection analogue aux autres extraits microbiens qu'utilise M. JAUSION pour la recherche des tests d'allergie, fournirait en somme, concernant le groupe tout entier du bacille diphtérique, des résultats grossièrement comparables à ceux qu'obtient l'anatoxi-réaction de Zoeller, dont la positivité paraît signi-

fier, chez un individu, l'allergie vis-à-vis du bacille de Löffler toxigène.

On conçoit la complexité d'un pareil sujet qui n'est qu'entamé. Disons d'emblée que le test intradermique que nous venons d'indiquer ne fournit que très peu de réponses positives (2 ou 3 % environ chez les psoriasiques) et qu'elles ne sont pas toujours en concordance avec l'efficacité thérapeutique de la Clasine corynébactérienne. Il semble prouver, indépendamment de toute diphtérie antérieure, que le tégument a été préalablement impressionné par les composants spécifiques non albumineux des divers bacilles du groupe diphtérique.

La Clasine corynébactérienne nous a, par ailleurs, fait obtenir le blanchiment à peu près complet de trois psoriasiques dont nous publions plus loin les observations.

En dehors des résultats encore incertains de la « Coryné-réaction », les faits d'ordre thérapeutique ont donc permis à M. JAUSION de confirmer, selon ses prévisions, le rôle total ou partiel des diphtérimorphes dans la genèse d'un petit nombre de cas de psoriasis.

La recherche directe du *Corynebacterium cutis* a d'ailleurs été positive dans les squames de nombreux malades, et, pour être commun, ce saprophyte n'est sans doute pas neutre sur tous les téguments.

VII

Le rôle des Mycobactériacées dans le Psoriasis.

Nous avons dit, au chapitre étiologique, que la tuberculose avait été accusée d'intervenir dans la genèse du psoriasis, peut-être pas d'une façon directe, mais en provoquant, par ses lésions, un dysfonctionnement des glandes endocrines. Cette hypothèse est déjà ancienne ; elle fut émise, pour la première fois, par PONCET en 1891, reprise par GAUCHER en 1909 et par SABOURAUD en 1922. Plus récemment, en 1927, NICOLAS et LEBEUF ont fait paraître dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, une étude sur les rapports du psoriasis et de la tuberculose. Ils ont observé 54 psoriatiques et se sont efforcé, tant par l'interrogatoire que par l'examen clinique, de dépister des foyers tuberculeux en évolution ou éteints. Sur ce nombre, 18, soit le tiers, avaient des antécédents tuberculeux, avaient ou avaient eu des manifestations tuberculeuses. Ils ont voulu compléter ces données cliniques par des réactions biologiques. Sur les 54 malades, la séro-

agglutination tuberculeuse de Arloing et Courmont s'est montrée positive chez 53 ; la déviation du complément faite avec l'antigène Besredka, suivant la technique CALMETTE-MASSOL, a été également positive chez 32.

En 1930, SPILLMANN et WEIS ont étudié cette question ; chez leurs psoriasiques ils n'ont pu déceler de dysfonctionnement endocrinien ; par contre, le Vernes-résorcine et la cuti-réaction se sont montrés positifs.

L'année suivante, GATÉ, BOYER et CUILLERET ont présenté, à la Réunion Dermatologique de Lyon, un psoriasis des mains, des plus authentiques, qui, dans les mois précédents, avait revêtu l'aspect du plus légitime des lupus érythémateux.

Considérant la fréquence avec laquelle on retrouvait la tuberculose chez les psoriasiques, tant par la clinique que par les réactions biologiques, NICOLAS, MOLLARD et LEBEUF ont décidé de traiter leurs malades par les sels d'or et, à la même séance, ils ont rapporté les heureux résultats qu'ils obtenaient par l'aurothérapie.

Cette année, LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et CAILLEAU ont communiqué, à la Société de Dermatologie, 6 observations de la coexistence, chez le même malade, d'un psoriasis et d'un lupus érythémateux.

Ces différents travaux que nous venons de relater semblent bien démontrer que le rôle de la tuberculose dans le psoriasis est indéniable. On ne peut invoquer une simple coïncidence, eu égard au

fort pourcentage énoncé plus haut. Nous avons recherché, avec le plus grand soin, chez nos malades, les antécédents et les lésions bacillaires; nous n'avons rien trouvé. Depuis quelques mois, nous avons pratiqué systématiquement une intradermo-réaction à la tuberculine; elle s'est montrée le plus souvent positive. Mais, peut-on tirer un argument de ce résultat, surtout quand le malade éprouvé est un adulte?

Sans doute, l'enquête tuberculinique a-t-elle beaucoup plus de poids quand sa positivité vient s'ajouter à celle d'une séro-agglutination, d'un Vernes-résorcine. Nous n'avons pu pratiquer ces dernières réactions et nous nous en excusons. Cependant, nous avons été amené à soupçonner le rôle de la tuberculose dans le psoriasis, et à traiter certains de nos malades comme des bacillaires.

En étudiant le rôle des différents germes et la part qu'ils prennent dans la genèse du psoriasis, nous avons pu nous rendre compte qu'il était la réponse de la peau à une infection primitive, infection due à des germes très divers et de nature bactériologique souvent bien différente : tels les Pyocoques et les Dermatophytes. Nous avons pensé que des espèces, voisines de celles que nous tenions pour responsables, présentant avec elles certaines similitudes, pouvaient intervenir elles aussi. C'est ainsi que la parenté botanique des Dermatophytes et des Mycobactériacées s'est imposée à notre esprit; on sait que les premiers sont des *végétaux élémentaires*, des *champignons*; les seconds des *végétaux tout à*

fait inférieurs de l'ordre des bactéries, mais proches des champignons. C'est pourquoi nous avons fait, systématiquement, à nos psoriasiques, une cutiréaction à la tuberculine. Nous avons montré qu'une réaction positive n'avait pas, à nos yeux, l'importance qu'ont celles que nous obtenons avec les autres antigènes ; dans certains cas, cependant, la réaction tuberculinique a plus de valeur : quand, seule, elle est positive et que toutes les autres intradermo-réactions pratiquées sont négatives. Certains de nos malades nous ont fourni cet exemple et, chez eux, la cure par la *clasine tuberculeuse*, celle dont nous nous servons pour traiter les tuberculoses cutanées, nous a donné d'excellents résultats.

Ce ne sont pas là les seuls faits qui militent en faveur de l'origine tuberculeuse de certains psoriasis. Les cas de *psoriasis arthropathiques* paraissent bien venir confirmer cette hypothèse. Ces atteintes articulaires sont relativement fréquentes : pour MILIAN, on les rencontre 1 fois sur 10 ; BOURDILLON, dans sa thèse, donne le pourcentage de 12,5 %. On ne peut donc les envisager comme une simple coïncidence, et, si beaucoup d'auteurs, comme M. MILIAN, y voient des preuves de l'origine interne du psoriasis, nous pensons qu'elles sont, le plus souvent, des manifestations bacillaires comme l'éruption qu'elles accompagnent, s'homologuant au rhumatisme tuberculeux de PONCET, si discuté, mais dont certains cas cependant semblent bien ressortir de l'infection tuberculeuse.

Toutefois, ce rôle que les toxines tuberculeuses sont capables de remplir en matière d'exsudation des séreuses et d'arthropathies, l'on ne voit *a priori* pas pourquoi les mycotoxines si voisines ne pourraient elles-mêmes pas le tenir. C'est pourquoi nos conclusions devront être réservées sur ce point.

VIII

Conception générale du Psoriasis.

Nous avons exposé, dans les chapitres précédents, les raisons pour lesquelles nous tenions le psoriasis pour une allergide ; nous avons montré que cette éruption était secondaire à une lésion antérieure de la peau, lésion produite par des germes très divers et souvent banaux, hôtes habituels du revêtement cutané. Qu'y a-t-il donc de spécifique dans le psoriasis ? C'est ici qu'intervient une notion importante : celle du *terrain*.

Il y a quelques années, M. JAUSION a défini « deux » constitutions dermatopathiques extrêmes, bornes « opposées des réactivités des hommes de race » blanche sous nos latitudes :

Ce sont la *constitution vago-séborrhéique* et la *constitution sympathico-peladique*.

« La première a pour caractéristique histo-patho-
« logique de ses réactions cutanées « d'intolérance »,
« l'exosérose et la spongieuse, c'est-à-dire un retard
« de l'évacuation de l'eau dans le secteur muqueux
« de l'épiderme.

« La dernière se signale, lors de certaines excita-
« tions, par une aptitude élective à la parakératose,
« à savoir la persévération du noyau, qui se main-
« tient dans les cellules de l'épiderme corné jus-
« qu'au stade de l'exfoliation. Or, ce noyau, régula-
« teur de l'hydratation de la cellule, empêche, en
« se maintenant, sa dessiccation, fait normal, et
« permet au contraire sa relative turgescence, qui
« est pathologique.

« Le premier de ces aspects de l'épiderme malade
« stigmatise, par dessus tous autres, l'eczéma. Le
« deuxième définit plus particulièrement le pso-
« riasis. Tout se passerait, en définitive, comme
« s'il existait deux épidermes, dont l'un, le muqueux,
« surtout induit par le vague, l'autre, le corné,
« l'étant au contraire par le sympathique. »

Cette notion de l'importance du terrain dans le psoriasis a été envisagée également par SAMBERGER ; mais pour lui, comme nous l'avons exposé dans l'un des chapitres précédents, il ne s'agit pas d'une question d'innervation déterminant la peau à répondre d'une façon « sèche » ou « humide » à une excitation, mais bien d'un véritable trouble de la fonction physiologique du revêtement épidermique. « Cher-
« chant en quoi la peau des psoriasiques différerait de
« la normale, il a constaté que, moins que d'autres,
« même quand ils sont manouvriers, ils font de
« l'hyperkératose palmaire et des callosités ; que
« les pyodermites sont, chez eux, exceptionnelles et
« qu'il n'a jamais vu de gale chez un psoriasique,

« Il attribue ces particularités à l'existence vraisem-
« blable d'une aptitude réactionnelle spéciale et
« préalable de leur épiderme ; celui-ci réagit par de
« la parakératose à tous les irritants (traumatismes, in-
« fections microbiennes, actionstoxiques externes ou
« internes — psoriasis provoqué) en vertu d'une dimi-
« nution de la vitalité des cellules malpighiennes qui
« mériterait le nom de *diathèse parakératosique* ».

La conception de M. JAUSION paraît plus satisfai-
sante car elle ne s'applique pas qu'au psoriasis ;
elle est vraie aussi pour bon nombre d'autres der-
matoses. Du reste, on conçoit beaucoup plus aisé-
ment que le système nerveux réglemente les réac-
tions de la peau puisque l'un et l'autre émanent de
la même formation embryologique, plutôt que de
reconnaître pour base au psoriasis un trouble de la
vie cellulaire que l'on ne rencontre que dans cette
affection.

Quoi qu'il en soit, l'importance de la notion du
terrain dans le psoriasis est indéniable. Le psoria-
sique est un *parakératosique-né* dont le tégument,
infecté un jour, par un germe quelconque, présente
des poussées morbides à tout rappel antigénique.
Ces germes infectants, nous l'avons dit, sont variés :
Pyocoques, *Dermatophytes*, *Corynébactériacées*,
Mycobactériacées ; mais ils n'interviennent pas tous
avec la même fréquence. Grâce aux données four-
nies par les intradermo réactions, confirmées par les
résultats de la cure vaccinale, nous pensons que
l'on peut établir le pourcentage suivant :

60 % des psoriasiques sont des épidermophytiques,
un peu moins de 20 % des microsporiques,
les autres champignons (Trichophyton et Achorion), les pyo-
coques (Staphylocoque et Streptocoque) n'interviennent que dans
2 à 3 % des cas ;

on ne rencontre les Corynébactériacées et les Mycobactéria-
cées que beaucoup plus rarement.

Il y a donc intérêt, au point de vue thérapeutique,
après diagnostic certain du germe en cause, du moins
en ce qui concerne les champignons, à utiliser un
vaccin, monovalent en principe. Dans la pratique,
mieux vaut recourir à un vaccin polymycosique,
voire même polymicrobien, dans lequel chacune des
espèces est représentée suivant son coefficient de
probabilité causale.

Nous insistons, une fois de plus, sur le fait que
le psoriasis étant une lésion « seconde », ses élé-
ments éruptifs se trouvent être parfaitement stéri-
les, même si la lésion « première », riche en germes,
est encore en activité.

Nous avons dit les bons résultats que nous obte-
nions de la vaccinothérapie, mais nous avons pu
constater que, s'il suffit d'injecter un vaccin appro-
prié aux psoriasiques pour les blanchir, ce traite-
ment est insuffisant pour mettre les malades à
l'abri de récives plus ou moins rapprochées. Il
faut aussi traiter le terrain, lutter contre cette ten-
dence qu'a le tégument à faire de la parakératose ;
c'est pourquoi nous injectons, par voie veineuse,
après la cure vaccinale, le complexe bismutho-arsé-

no-pyridinique, spécialisé sous le nom de Psothanol. Du reste, nous avons remarqué que son action curatrice est beaucoup plus grande quand il est injecté après une série de vaccin plutôt qu'avant.

Ce test thérapeutique vient confirmer ce que nous écrivions plus haut, à savoir qu'il faut, à notre avis, considérer deux points dans le psoriasis pour le bien comprendre et le traiter de la façon la plus efficace : l'*antigène* et le *terrain*.

Etudié d'une façon toute générale, le psoriasis peut être considéré comme le terme ultime d'une gamme de dermatoses dont le premier serait l'eczéma ; celui-ci, ou catarrhe humide de WAELSCH, apanage des vago-séborrhéiques, réagissant à tous les antigènes ; celui-là, ou catarrhe sec de WAELSCH, apanage des sympathico-peladiques, réagissant aux antigènes microbiens et mycéliens. Des types intermédiaires relient ces deux pôles si différents des réactions cutanées : ce sont, en allant de l'eczéma au psoriasis, les eczématides et les parakératoses, lésions de plus en plus sèches.

Bien proche du psoriasis, du point de vue étiologique du moins, est le lichen plan qui, ainsi que l'a montré M. JAUSION, présente avec la parakératose essentielle de nombreux traits de ressemblance. Les papules lichéniennes sont des lésions sèches et stériles ; des affections mycosiques des plis précèdent ou accompagnent l'éruption, ce qui permet de la considérer comme une allergide, le plus souvent mycosique. Deux preuves confirment cette

hypothèse ; la positivité des intradermo-réactions tricho-épidermophytiques et les résultats satisfaisants obtenus par la cure vaccinale polymycosique.

Le lichen plan est la conséquence allergique d'une mycose tégumentaire ou buccale et, tout comme le psoriasis, il est la réponse de la peau à un rappel antigénique, réponse « sèche » d'un tégument qui relève du type sympathicotonique et qui, de ce fait, ne peut répondre que par de la parakératose.

Statistique générale.

Le psoriasis, séquelle allergique, stérile et plus ou moins tardive, nous a paru relever d'une origine :

épidermophytique dans environ 60 % des cas,
microsporique dans environ 20 % des cas,
trichophytique dans environ 5 % des cas,
corynébactérienne dans environ 3 % des cas,
streptococcique dans environ 3 à 5 % des cas,
staphylococcique dans environ 1 % des cas.

sur près d'une centaine de malades observés.

Pour l'étiologie mycobactérienne nous en sommes encore réduit à l'hypothèse.

IX

Observations.

Psoriasis et épidermophyties.

Obs. I. — Abram..., 22 ans, consulte en mai 1931 pour un psoriasis nummulaire, généralisé, mais non confluent, dont les premiers éléments sont apparus neuf ans plus tôt. A plusieurs reprises, sa dermatose a cédé, de façon incomplète, aux traitements externes et à deux cures, l'une de 8, l'autre de 27 intraveineuses de psorhanol.

L'intradermo-réaction à l'épidermophytine pure est fortement positive, en juillet 1932, au cours d'une cure de 50 intramusculaires de clasine polymycosique, échelonnées du 7 décembre 1931 au 10 août 1932.

Les lésions, intenses au début de ce traitement, régressent en presque totalité et le tégument ne montre plus que quelques îlots minuscules, lorsqu'en octobre 1932 on commence une nouvelle série de 14 injections de clasine épidermophytique amenant le blanchiment complet.

Le malade a une sœur psoriasique, mais tous les deux ont des sensibilités toxiniennes différentes ; l'un réagit à l'épidermophytine, l'autre à la microsporine.

Obs. II. — Brin..., 21 ans, a vu apparaître, en juin 1931, au niveau du coude droit, les premiers éléments d'un psoriasis qui s'est généralisé 15 jours après sans aucune intervention thérapeutique. En août, les lésions, très érythémateuses, recouvertes de squames épaisses, confluent en grands placards, formant une nappe continue au niveau de la poitrine et de la région dorsale. Le patient présente, en outre, des placards de parakératose, d'ailleurs stériles, au niveau des plis inguino-axillaires.

L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique est fortement positive.

Il n'est que légèrement amélioré par 25 injections de psorphanol. Par contre 10 injections intraveineuses de clasine polymycosique le blanchissent complètement.

Obs. III. — Desn..., 63 ans, a vu débiter son psoriasis en 1908. En 1929, le malade, vainement traité jusque-là, présente des lésions généralisées et confluentes. Ces éléments, typiques au grattage, sont stériles mais accompagnés d'une épidermophytie inguinale, probablement très antérieure; elle a, néanmoins, jusqu'alors, échappé à l'attention du sujet.

Du 1^{er} avril 1929 au 22 juin 1932, 120 doses de psorphanol injectées provoquent la détersion à peu près complète de la dermatose. Mais de petites poussées survenant et l'intradermo-réaction tricho-épidermophytique étant positive, on fait 30 injections de clasine polymycosique pour stabiliser le blanchiment qui ne tarde pas à devenir complet.

Obs. IV. — Gat..., 23 ans, présente, en mars 1933 un psoriasis généralisé dont les premiers éléments sont apparus à l'âge de 12 ans. Des injections d'eau d'Uriage ont amené un blanchi-

ment complet, mais, deux ans plus tard, elles se sont montrées sans effet sur une nouvelle poussée.

La malade qui présente des vestiges pigmentaires d'une épidermophytie inguinale et une intradermo-réaction épidermophytique positive est blanchie par 40 injections de clasine polymycosique.

Obs. V. — Mme Le Ro..., 44 ans, atteinte depuis 20 ans d'un psoriasis à recrudescences vernales, vient consulter le 27 avril 1932. Sa dermatose est généralisée; mais, alors que les placards, nummulaires et fortement squameux, sont assez disséminés aux faces d'extension et aux lombes, dans les sillons génito-cruraux et sous-mammaire gauche se voient trois gros placards d'intertrigo « psoriasique ». Dans l'aîne, ils semblent être le reliquat d'une épidermophytie antérieure, qui a d'ailleurs laissé des traces pigmentaires.

Des traitements antérieurs, aucun n'a déterminé de sédation, à l'exception peut-être des irradiations ultra-violettes, dont le résultat, d'abord légèrement favorable, a été suivi de brusque poussée.

Les inoculations de toxines mycéliennes ont donné des résultats concluants. La réaction est forte à la trichophytine le 2 mai, très forte à l'épidermophytine le 21 novembre 1931, et franchement positive pour la microsporine, à la même date.

La malade a été blanchie par 30 injections de clasine polymycosique et 9 de vaccin épidermophytique, pratiquées du 4 mai au 29 août.

En novembre, en raison d'une poussée des plus discrètes, caractérisée par l'apparition de quelques taches érythémateuses enticulaires sous le sein gauche et dans l'aîne, le traitement est

repris. Dix injections de polymyco-vaccin assurent un blanchiment complet.

Obs. VI. — Mar..., 16 ans, a eu une première atteinte de psoriasis en 1930. Lorsqu'il consulte, en février 1932, il est, depuis décembre 1931, porteur d'une éruption fortement parakératosique, typique au grattage et dont les éléments, nummulaires, ostréacés, ont tendance à confluer sur la presque totalité du tégument. Le thorax, les oreilles, le cuir chevelu, les régions axillaires et pubiennes sont particulièrement envahies. Au niveau de la région inguinale, on perçoit, d'ailleurs avec netteté, les séquelles pigmentaires d'une épidermophytie inguinale antérieure.

L'affection s'est montrée, jusqu'ici, rebelle à tous les traitements. L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique est fortement positive le 5 février 1932. Au lieu d'inoculation de la toxine, il se fait une grosse papule qui centre un placard érythémateux de 8 centimètres de diamètre ; suit une réaction générale très marquée, avec frissons et fièvre pendant deux jours.

37 injections de clasine polymycosique, échelonnées du 6 février au 22 juin, blanchissent complètement le patient, qui fait, néanmoins, une petite récurrence pendant les vacances.

Le 24 octobre le traitement est repris ; on fait une douzaine d'injections de clasine micro-épidermophytique qui font disparaître les derniers vestiges parakératosiques.

Obs. VII. — Prev..., 34 ans, vient consulter le 13 août 1931 pour un psoriasis que rien n'a pu améliorer depuis son début, c'est-à-dire trois ans. Il présente un psoriasis généralisé depuis la fin juillet, et typique de par la topographie et les signes de

grattage. Il a aussi une épidermophytie inguinale en pleine activité dont on retire, par ensemencement, l'*Epidermophyton lanoroseum*.

L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique est fortement positive.

Le patient est complètement blanchi par 39 injections de clasine polymycosique.

OBS. VIII. — Reb..., 34 ans, est psoriasique depuis 8 ans lorsqu'il vient consulter le 25 novembre 1932. De 1924 à 1930, tous les traitements externes se sont montrés sans effet sur sa dermatose. A cette époque, 12 injections intraveineuses et 24 injections intramusculaires de psorhanol ne produisent aucune sédation ; une certaine amélioration est obtenue par des injections d'eau d'Uriage.

Il s'agit d'un psoriasis guttata et en taches, disséminé sur le thorax, les membres et les faces d'extension. Au niveau de la face antérieure des jambes, il affecte la forme de placards elliptiques. On remarque de nombreux éléments pubiens et axillaires et une trichomycose importante.

L'intradermo-réaction à l'épidermophytine est très fortement positive et est suivie d'un effet irritatif isomorphe.

Après 48 injections de clasine polymycosique, le malade est très amélioré ; il ne présente plus que quelques taches érythémateuses. Une dizaine d'injections suffisent à le blanchir complètement.

OBS. IX. — P. de Ch..., 21 ans, est hospitalisé le 5 décembre 1931 pour psoriasis généralisé. La dermatose est apparue vers l'âge de 7 ans et s'est d'abord caractérisée par une érup-

tion de placards érythémateux, non prurigineuse, siégeant à la face postérieure des avant-bras, au tronc, aux membres inférieurs. A 15 ans, brusque extension à la face, aux oreilles, au cuir chevelu. Les éléments, devenus très parakératosiques, disparaissent, plusieurs années durant, d'avril à septembre.

Tous les traitements suivis restent sans influence, tant sur la réaction cutanée que sur son évolution.

A l'entrée, le malade est porteur d'une épidermophytie inguinale des plus intenses et des plus nettes, et d'un psoriasis typique, généralisé, étendu à tout le tégument, face comprise.

L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique est très fortement positive, le 11 décembre 1931, et la papulation s'accompagne d'un gros œdème, suivi d'un effet irritatif isomorphe des plus nets.

43 injections de clasine polymycosique, du 11 décembre 1931 au 2 février 1932, produisent un décapage à peu près complet et négativent l'intradermo-réaction spécifique.

32 intraveineuses de psorthanol, du 8 avril au 20 mai, ne modifient guère l'état du patient.

Par contre, le blanchiment se parfait sous l'influence de 7 intramusculaires de clasine épidermophytique. 47 injections du même vaccin sont faites pour consolider les résultats acquis.

Psoriasis et trichophyties.

Obs. X. — Bourth..., 25 ans, présente en janvier 1932, lorsqu'il vient consulter, un psoriasis guttata dont les premiers éléments sont apparus à l'âge de 18 ans. Les lésions psoriasiques occupent le cuir chevelu, la face, les bras, les coudes et les genoux. Il présente en outre, au niveau du pied gauche,

une rougeur et une desquamation qui affectent le sillon interdigital des deuxième et troisième orteils ; l'examen de la région rétro-auriculaire gauche révèle les mêmes symptômes.

L'intradermo-réaction à la trichophytine standard pratiquée le 5 janvier se montre fortement positive.

La dermatose est améliorée par 30 injections de vaccin polymycosique et 15 de psiothanol intramusculaire. C'est alors que le patient est éprouvé par les toxines pures monovalentes ; l'intradermo-réaction trichophytique est fortement positive le 25 avril.

Une dizaine d'injections de clasine trichophytique assurent le blanchiment.

Obs. XI. — Mme Cov..., 30 ans, a vu apparaître les premiers éléments de son psoriasis en 1928. Vingt injections d'Enésol, conseillées par M. SABOURAUD, blanchissent la malade ; mais six mois plus tard, à l'occasion d'une récédive, la même médication se montre sans effets. Un nouveau blanchiment est obtenu en 1930 au Val-de-Grâce par 30 injections de psiothanol.

Quand elle vient consulter, en janvier 1931, elle présente un psoriasis généralisé dont les éléments lenticulaires affectent principalement, en dehors des faces d'extension, le cuir chevelu, la face, le dos, et le thorax.

L'intradermo-réaction à la trichophytine-standard est positive.

28 injections de vaccin polymycosique amènent le blanchiment et la malade quitte le service.

A l'occasion d'une petite récédive, elle revient en février 1933. L'intradermo-réaction à la trichophytine pure est fortement posi-

tive ; un nouveau blanchiment est obtenu avec 20 injections de clasine trichophytique.

OBS. XII. — Lem..., 52 ans, est psoriasique depuis 1928 quand il vient consulter en janvier 1932; tous les traitements externes se sont montrés jusque-là sans effet sur sa dermatose. Porteur de vastes placards érythémato-squameux affectant les membres inférieurs et les avant-bras, au niveau desquels les signes de grattage sont positifs, il présente, à la face interne des cuisses, un large intertrigo, rouge, sec et squameux.

L'intradermo-réaction à la trichophytine standard est positive.

Le malade reçoit, dans le courant de l'année, 64 injections de vaccin polymycosique, 10 injections intramusculaires de psiothanol ; ce traitement est suivi d'une amélioration manifeste, mais non de blanchiment.

En janvier 1933, l'intradermo-réaction à la trichophytine pure est positive et 17 injections de clasine trichophytique, suivies de 10 injections intra-veineuses de psiothanol, assurent un blanchiment complet.

Psoriasis et pyocoques.

OBS. XIII. — Delan..., 33 ans, vient consulter en mars 1933 pour un psoriasis, apparu depuis quatre ans, que les traitements externes n'ont pu arriver à faire disparaître.

Il consiste en vastes placards occupant les membres inférieurs et les avant-bras, et en éléments isolés nummulaires, disséminés sur les bras, la région lombaire, le thorax et le cuir chevelu ; on remarque, en outre, de nombreux éléments au niveau des plis axillaires et cruraux.

De toutes les intradermo-réactions pratiquées, seule, celle à la streptine se montre franchement positive.

Le malade est blanchi par 40 injections de clasine streptococcique.

OBS. XIV. — Di..., 38 ans, traité en ville pour un psoriasis affectant, depuis juillet 1931, le cuir chevelu, la face, la partie supérieure du thorax et les membres inférieurs, vient consulter le 24 octobre 1932. Il a déjà reçu 20 injections de vaccin polymycosique qui n'ont pas été sans effet sur sa dermatose, car le malade ne présente plus que des lésions érythémateuses, circonscrites. A l'examen, on remarque les vestiges pigmentaires d'un intertrigo inguinal qui, aux dires du malade, aurait précédé l'apparition du psoriasis.

L'intradermo-réaction à la streptine est très fortement positive le 26 octobre.

Le malade est blanchi par 30 injections de clasine streptococcique ; pour éviter des récidives, on fait suivre les injections de vaccin de 30 injections intraveineuses de psothanol.

Psoriasis et corynébactériacées.

OBS. XV. — Mme Del..., 22 ans, est psoriasique depuis l'enfance et son père est atteint de la même affection.

Quand elle consulte, en 1930, elle présente un psoriasis généralisé dont les éléments sont particulièrement abondants au niveau du cuir chevelu, du thorax et des cuisses. Elle reçoit alors une trentaine d'injections de vaccin polymycosique qui assurent un blanchiment presque complet. Un traitement au psothanol, institué pour parfaire la cure, est abandonné, la

malade ne supportant pas cette dernière médication (frissons, élévation thermique après chaque injection).

Elle revient, en janvier 1932, pour une récurrence. L'intra-dermo-réaction tricho-épidermophytique est positive. La malade reçoit alors une nouvelle série d'injections (40) ; l'amélioration qui suit est certaine, mais cependant moins nette que la fois précédente.

La malade est revue en novembre 1932 ; elle présente des éléments circinés, érythémateux, mais peu squameux au niveau des coudes, des avant-bras, de la partie supéro-interne des cuisses, de la région pubienne, des grandes lèvres et des éléments arrondis de la région sus-ombilicale, allant de l'ombilic jusqu'à la région sous-mammaire où se voit la cicatrice pigmentaire d'un intertrigo apparu en 1931.

Une nouvelle cure vaccinale est instituée, mais les injections de vaccin polymycosique doivent être abandonnées bientôt car elles paraissent réactiver les lésions. Devant ces échecs thérapeutiques, et bien que la malade dise n'avoir jamais eu la diphtérie et ne réagisse pas à la corynétoxine, on pratique des injections de clasine corynébactérienne dont les premières sont suivies d'une amélioration très marquée. La cure est donc continuée et 37 injections amènent la malade au blanchiment complet.

OBS. XVI. — Lamb..., 78 ans, a, depuis 4 ans, un psoriasis scutata, né sur épidermomycose, et se traduisant par un vaste placard péri-ombilical, des ailerons géants inguino-cru-raux, une carapace interfessière et fessière, nettement orbiculaire à son pourtour, de gros médaillons axillaires gauches. Plusieurs éléments nummulaires des coudes, typiques au grat-

tage, viennent attester la réalité du psoriasis, et la stérilité des lésions confirme partout qu'il n'y a plus d'épidermomycose.

Le 9 février 1932 l'intradermo-réaction tricho-épidermophytique a traduit sa positivité par une papule de 5 centimètres, plusieurs jours persistante.

La dermatose paraît très résistante au traitement puisque, après 75 injections de clasine polymycosique, le malade n'est pas complètement épidermisé. Il quitte cependant le service; il y revient en mars 1933 pour une nouvelle poussée de sa dermatose. L'enquête antigénique détaillée montre alors qu'il réagit très fortement à la toxine corynébactérienne.

Une série d'injections de clasine corynébactérienne est commencée; dès la troisième injection, on observe une amélioration très nette, marquée par une chute abondante des squames. Puis des îlots de peau saine ne tardent pas à apparaître et, actuellement, après 40 injections, seuls persistent les ourlets périphériques des lésions anciennes.

OBS. XVII. — Mlle Gib..., 20 ans, consulte le 3 novembre 1932 pour un psoriasis circiné, généralisé à tout le tégument, avec atteinte du cuir chevelu et de tous les plis. Les premiers éléments de la dermatose sont apparus à l'âge de 9 ans au niveau du cuir chevelu; ils sont demeurés stationnaires jusqu'à 14 ans, âge auquel la généralisation s'est produite. Tous les traitements externes essayés sont restés inefficaces.

A partir de novembre 1932, la malade a reçu 39 injections de clasine polymycosique, sans résultats appréciables puisque, en février 1933, elle présentait encore un psoriasis très squameux, affectant la forme de larges placards, par endroits confluent,

formant une véritable carapace au niveau du thorax, du dos et de la région lombaire.

A cette époque, on interroge la sensibilité dermique ; elle paraît nulle à la toxine corynébactérienne et la patiente dit n'avoir jamais eu d'angine suspecte ; on commence, néanmoins, une série d'injections de clasine corynébactérienne. 12 injections produisent une amélioration très rapide, caractérisée par une desquamation abondante et l'apparition de larges plages de peau saine au centre des éléments. 17 autres injections sont pratiquées, puis 15 autres après un mois de repos, grâce auxquelles, en juillet dernier, il ne subsistait plus de la dermatose que la périphérie des placards ; ourlet, du reste, peu érythémateux et peu squameux.

* * *

Notre thèse devait, aux termes de la communication que nous avons faite avec M. JAUSION à la Société Médicale des Hôpitaux, contenir des relations cliniques plus détaillées et les documents photographiques s'y référant.

Il ne nous a pas été possible, en raison des temps actuels, de donner suite à notre projet. Le Professeur JAUSION se réserve d'ailleurs de publier, à une date ultérieure, un état très analytique des recherches qu'il est en train de poursuivre sur le psoriasis.

Conclusions.

I. — Les signes, tant cliniques qu'histologiques, qui distinguent classiquement les parakératoses psoriasiformes du psoriasis ne sont pas formels ; il semble, au contraire, qu'une étroite parenté morphologique unisse ces deux affections cutanées et que la transition entre elles soit insensible.

II. — On sait, depuis les travaux sur l'allergie, que les microbes ne font pas qu'altérer le tégument auquel ils s'attaquent ; l'infection à siège cutané qu'ils produisent impressionne l'organisme tout entier et lui confère l'aptitude à réagir d'une façon différente par la suite au contact de ces mêmes germes, pathogènes ou non. Cette modification organique est prouvée par l'intradermo-réaction, test d'hypersensibilité.

III. — L'intradermo-réaction permet, non seulement de contrôler l'état d'allergie créé par un germe déterminé, mais encore de prouver l'origine microbienne d'affections d'étiologie inconnue. Ainsi, M. RAVAUT et ses élèves ont-ils pu donner la preuve

de l'origine mycosique de certaines parakératoses psoriasiformes (levurides).

IV. — L'examen systématique des psoriasiques montre que, dans plus de 60% des cas, les malades sont atteints d'une lésion mycosique des plis, soit en activité, soit à l'état cicatriciel. Cette constatation permet de penser qu'il y a plus qu'une simple coïncidence.

M. JAUSION a tiré de ces faits un argument en faveur de l'origine allergique du psoriasis; il considère que cette affection cutanée, tout comme beaucoup de dermatoses, dont certaines parakératoses psoriasiformes, est une lésion « seconde », une allergide, et le plus souvent une allergide mycosique. Cette conception est confirmée par la positivité des intra-dermo-réactions qui témoigne des modifications profondes survenues dans un organisme, du fait d'une infection antérieure, et par les succès thérapeutiques obtenus par les injections de lysats des germes pathogènes.

V. — La nature de ces germes est révélée par l'enquête antigénique à laquelle sont soumis les psoriasiques.

Pour obtenir un diagnostic étiologique certain, dont la connaissance est indispensable pour instituer un traitement spécifique, partant plus efficace, celle-ci est faite avec des toxines mono ou polyvalentes, issues, soit de filtrats de dermatophy-

tes, soit d'auto-lysats désalbuminés de microbes.

Les intradermo-réactions permettent de constater que, dans près de 80 % des cas, les malades porteurs de psoriasis sont des mycosiques. Mais les champignons ne doivent pas être seuls accusés de produire cette dermatose ; d'autres germes, dont certains sont les hôtes habituels de la peau, sont capables, en infectant le tégument, de provoquer « secondairement » une efflorescence de lésions psoriasiques. Les pyocoques, et surtout le streptocoque, doivent être tenus pour responsables dans 2 à 3 % des cas ; quelquefois, on trouve les corynébactériacées à l'origine de la dermatose ; plus rarement, enfin, il semble falloir incriminer les mycobactériacées.

VI. — Les résultats satisfaisants obtenus par la vaccinothérapie viennent confirmer les renseignements fournis par l'enquête toxinienne.

Le vaccin, obtenu par la lyse des produits cultureux par l'acide sulfurique et neutralisation par le carbonate de chaux, est injecté aux malades, après addition d'une goutte de phénosalyl pour deux centimètres cubes, à doses progressivement croissantes allant de $\frac{1}{2}$ centimètre cube à 5 centimètres cubes, à raison de 2 ou 3 injections par semaine. Ne contenant aucune trace d'albumine, il ne provoque jamais de shocks ni de réactions thermiques.

VII. — Le psoriasis ne doit pas seulement être

considéré comme une éruption secondaire à une lésion antérieure du tégument, il faut tenir compte du terrain sur lequel il se développe. Il semble bien, en effet, que toutes les peaux ne soient pas capables de donner naissance à une papule psoriasique ; chaque individu a une constitution dermopathique propre et a, par conséquent, une façon particulière de répondre à une irritation cutanée quelle que soit sa nature et quel que soit son point de départ (endogène ou exogène). Cette manière de réagir paraît être sous la dépendance du système nerveux végétatif : les vagotoniques ayant tendance à faire de l'eczéma, les sympathicotoniques de la parakératose.

Le psoriasique apparaît donc comme un parakératosique né dont le tégument, infecté un jour, présente des poussées morbides, en l'espèce du psoriasis, à l'occasion de tout rappel antigénique.

Vu : le Doyen,

ROUSSY,

Vu : le Président de la thèse,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Psoriasis et tuberculose. *Ann. de Derm.*, 1913, p. 99.
- BASCH (G.). — Réactions humorales au cours des trichophyties. Intradermo-réaction à la trichophytine. Thèse Paris, 1925.
- BIZZOZERO (E.). — Sur le phénomène de Kœbner dans le psoriasis (Psoriasis factice). *Ann. de Derm. et de Syph.*, VII^e série, t. III, n° 6, juin 1932, p. 510.
- DARIER. — Précis de Dermatologie.
- DEBUCQUET, JAUSION et PECKER. — Essai de blanchiment des psoriasiques par un nouveau composé arsenical l'« émélique arsenical de pyridine », associé en cure intraveineuse à l'« oxydiéthyl-dicarboxy-diimino-isobutyrate de bismuth ». *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 8, novembre 1927.
- FERNET. — Parakératoses psoriasiformes de Brocq. *Arch. Derm. et Syph. de la Clinique Saint-Louis*, n° 3, 1929.
- GATÉ, BOYER et GUILLERET. — Psoriasis ayant simulé un lupus érythémateux. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 5, mai 1931.
- GERNEZ (Ch.). — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. Intradermo-réaction et intradermo-inoculation. Thèse Lille, 1924.
- GOUGEROT. — Les dermo-épidermites de guerre et leur traitement. *Revue de Médecine*, 1916, p. 342 et 461.
- GOUGEROT et BLUM. — Psoriasis atypique et parakératoses psoriasiformes. Contribution au démembrement des parakératoses. *Paris Medical*, janvier 1930.

- HUDELO, CHÈNE et SIGWALD. — L'intradermo-réaction aux vaccins antistrepto et antistaphylococciques au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 7, juillet 1928.
- HUET (L.) (Cannes). — Furoncles et psoriasis. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 4, avril 1930.
- JAUSION, DIOT et VAUCÉL. — Quelques essais de traitement biologique des pyodermites. III^e Congrès de Derm. et Syph. de langue française. Bruxelles-Anvers, 25 à 28 juillet 1926.
- JAUSION et VENDEL. — Comm. orale. Juillet 1927, in Darier. *Précis de Dermatologie*, 1928, p. 755.
- JAUSION, LENÈGRE et VENDEL. — Le rôle de la sensibilisation dans les eczémas et sa preuve thérapeutique. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 2, février 1928.
- JAUSION et PECKER. — Simple remarque en faveur de l'origine syphilitique du psoriasis. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 2, février 1928.
- JAUSION, COT et SOHIER. — Les eczémas pyococciques et mycosiques. Le rôle de la sensibilisation aux déchets microbiens. Essai pathogénique. *Presse Médicale*, 9 mars 1929.
- JAUSION, DEBUCQUET et PECKER. — Recherches thérapeutiques sur le psoriasis ; sa cure bismutho-arséno-pyridinique. *Bull. de l'Académie de Médecine*, t. CI, n° 12, mars 1929.
- JAUSION et SOHIER. — Essai de vaccinothérapie des mycoses. Claso-vaccins et filtrat-toxine. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 5, mai 1929.
- Essai de vaccinothérapie des mycoses. Résultats dans les dermatomycoses et les eczémas post-mycosiques. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 5, mai 1929.
 - Les Claso-vaccins : Vaccinothérapie des dermatomycoses et de leurs séquelles allergiques. *Presse Médicale*, n° 37, 7 mai 1930.

JAUSION et BOIDE. — Les Clasines : Claso-vaccins améliorés. Technique de préparation. *Soc. de Biologie*, 31 mai 1930, t. CIV, p. 455.

— Clasines mycéliennes et Clasines microbiennes. Mode de préparation d'une clasine polyvalente contre les infections cutanées.

JAUSION et NOYER. — Nouveau cas de favus guéri par les clasines polymycosiques. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 7, juillet 1930.

JAUSION et CARROT. — A propos de l'origine mycosique possible de certains cas de lichen plan. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 1, janvier 1931.

JAUSION, PECKER et LARTIGUE. — Parakératose pityriasiforme étendue, d'origine mycosique et en voie de guérison par la clasine polymycosique. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 5, mai 1931.

JAUSION. — A propos de la pathogénie du lichen plan. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 9, décembre 1931.

JAUSION, SOLEIL, PECKER et PAGÈS. — L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique des psoriasiques vrais. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 1, janv. 1932.

JAUSION, PECKER, GERVAIS et SOLEIL. — Psoriasis blanchis après cure mixte de pyridino-arséno-bismuth et de clasine polymycosique. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 1, janvier 1932.

JAUSION et PECKER. — Le lichen plan. *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, t. III, 10 février 1932, p. 96.

JAUSION. — Antigènes et réactions cutanées. De la Spongiose à la Parakératose. *Science Médicale Pratique*, n° 11, 1^{er} juin 1932, p. 534.

— Le lichen plan buccal, conséquence allergique d'une mycose tégumentaire ou buccale. *Rev. de Stomatologie*, t. XXXIV, n° 7, juillet 1932.

JAUSION, de Lima, GUILLAUD-VALLÉE et PAGÈS. — Les preuves de

l'allergie mycosique. Intradermo-réaction et Vaccino-thérapie spécifiques. *Société Médicale des Hôpitaux*, 9 décembre 1932.

JAUSION, GUILLAUD-VALLÉE et PECKER. — L'allergie mycosique dans le lichen plan. *Soc. Méd. des Hôp.*, 9 décembre 1932.

JAUSION et GUILLAUD-VALLÉE. — L'allergie mycosique dans le psoriasis. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 9 décembre 1932.

JAUSION et DUFESTEL. — Sur l'action vaccinnante de lysats pancréatiniques et diastasiques de Dermatophytes. *C. R. des Séances de la Soc. de Biologie*, t. CXIII, n° 24, p. 868, juin 1933.

LAVERGNE (V. DE). — Allergie et anergie en clinique. Doin, Ed. Paris, 1931. •

LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et CAILLEAU. — Lupus érythémateux et psoriasis. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 2, février 1933.

MARIE, MALARD et WORINGER. — A propos d'un cas de psoriasis guéri par l'apparition d'une rougeole intercurrente. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, nov. 1931.

MILIAN. — Le psoriasis est-il une maladie d'origine interne ou d'origine externe ? *Rev. française de Derm. et Syph.*, n° 3, mars 1933.

MILIAN, PÉRIN et MASSOT. — Intertrigo rétro-auriculaire streptococcique. Psoriasis ou parakératose psoriasiforme. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 6, juin 1930.

NICOLAS et LEBEUF. — Psoriasis et tuberculose. *Ann. Derm. Syph.*, n° 11, nov. 1927.

NICOLAS, MOLLARD et LEBEUF. — Psoriasis traités par les sels d'or. *Bull. Soc. de Derm.*, n° 7, juillet 1931.

PÉRIN. — Pityriasis rosé de Gibert et intradermo-réaction au vaccin streptococcique. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 11, novembre 1928.

PÉRIN et VRETTAKIS. — Impetigo et psoriasis. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 2, fév. 1930.

- Impetigo et psoriasis. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 3, mars 1930.
- RAVAUT, BASCH et RABEAU. — Etude clinique et biologique d'une épidémie de trichophytie cutanée due au *Tri. niveum* radians. *Ann. de Derm. et Syph.*, n° 11, novembre 1928.
- RAVAUT et RABEAU. — Parakératoses psoriasiformes sèches et levurides. *Presse Médicale*, n° 91, 14 novembre 1928.
- RAVAUT et RABEAU. — Réactions cutanées, à type de parakératose et d'eczéma, provoquées par l'injection intradermique de levurine chez une malade atteinte depuis 14 mois d'intertrigo et d'eczéma. Réunion Derm. de Lyon, 27 janvier 1929.
- Parakératoses psoriasiformes provoquées par injection intradermique de levurine. *Presse Médicale*, 20 mars 1929.
- RAVAUT et LONGHIN. — Intradermo-réactions positives à la levurine chez deux malades atteints d'intertrigos avec présence de levure. Eruption secondaire à type de parakératose pityriasiforme chez l'un d'eux. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 2, février 1930.
- Lésion première d'intertrigo rétro-auriculaire à levures. Eczéma second des bras et des jambes. Réactions biologiques. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 2, février 1931.
- RAVAUT et CIVATTE. — Lésions histologiques des levurides. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 3 mars 1930.
- RAVAUT, RABEAU et LONGHIN. — Intertrigos streptococciques des sillons rétro-auriculaires et axillaires. Eczématides secondaires du thorax. Réactions biologiques. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 5 mai 1930.
- RAVAUT, RABEAU, LONGHIN et KOANG. — Intertrigo à localisations multiples. Eczématides secondaires des bras et des jambes. Présence de levures et de streptocoques dans

les intertrigos. Réactions biologiques. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 5, mai 1930.

RAVAUT, RABEAU et GUERRA. — Contribution à l'étude des réactions secondes de la peau. Eruption d'eczématides généralisées au cours de l'évolution d'un intertrigo sous-mammaire dans un cas et d'une vieille dermite de la jambe dans un deuxième. Guérison spontanée des lésions secondes après traitement des lésions premières. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 3, mars 1933.

RAVAUT. — Contribution à l'étude des réactions secondes de la peau. Trois cas de parakératoses psoriasiformes, à forme éruptive, consécutives à une angine. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 4, avril 1933.

ROMERO (Rafael) de Merida (Mexique). — Mal de Pinto et Psoriasis. Congrès homéopathique de Barcelone, septembre 1924.

SAMBERGER. — Neuere Erkenntnisse über das Wesen der Psoriasis. *Dermat. Wochen.*, XC, n° 8, feb. 22, 1930.

SPILLMANN et WEISS. — Psoriasis généralisé et Arthropathies. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 1, janvier 1931.

TRUFFI. — Sur la trichophytine. *Revue pratique des maladies cutanées et syphilitiques*, 1903.

TOUZARD. — L'intradermo-réaction dans les Pyodermites et les Epidermomycoses. Jouve. Ed. Thèse Paris, 1929.

